

宛先	宇佐高田医師会病院 医療連携室 行 TEL/FAX 0120-413-818
----	---

海外渡航者向けPCR検査 申込書

【申請者情報】

申請日	西暦 年 月 日
申請者氏名	
企業・団体名	
(所属/職位)	
企業・団体所在地	
連絡先	TEL :
	FAX :
	Mail :

【渡航者情報】

氏名	(ふりがな)
住所	
連絡先(携帯)	TEL :
渡航先 国名	
検査希望日	月 日 ① 9:15~ ② 13:15~
その他	(会社名での領収書の要否等)

【証明書情報】 記入は、英語(ローマ字)必須

Name (Last)	
Name (Middle)	
Name (First)	
Gender	
Age	y/o
Date of Birth (dd/mm/yyyy)	/ /
Nationality	
Passport No.	
Address in Japan	
Your Destination Address	
Date of Entry	/ /

※太線の枠内は、証明書の項目に必要な内容です。間違いのないよう記載をお願いします。

宇佐高田医師会病院